Stanford University Library
MAY
25
1905

Aus der chirurchischen Poliklinik, Anschar-Krankenhaus Kiel.

Über drei Fälle von Pseudo-appendicitis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medizinischen Fakultät

der Kgl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Hubert Floer

aus Borghorst i. Westf.

KIEL,

Druck von Hans Hugo Peters, vorm. P. Peters.

1904.

Aus der chirurchischen Poliklinik, Anschar-Krankenhaus Kiel.

Über drei Fälle von Pseudo-appendicitis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medizinischen Fakultät

der Kgl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Hubert Floer

aus Borghorst i. Westf.

KIEL,

Druck von Hans Hugo Peters, vorm. P. Peters.

1904.

No. 133.
Rektoratsjahr 1903/4.
Referent: Dr. Helferich.
Zum Druck genehmigt:
Siemerling, z. Z. Dekan.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0133

Seitdem die Chirurgen bei ihren Operationen der Appendicitis begonnen haben, die anatomischen Veränderungen des Wurmfortsatzes am Lebenden zu verfolgen uud gemäss den mannigfachen pathologischen Befunden des Wurmfortsatzes und seiner Umgebuug eine anatomische Diagnose zu stellen, ist eine wissenschaftliche Basis für die klinischen Beobachtungen dieser Krankheit gewommen.

Die Appendicitis wird infolgedessen zur Zeit viel häufiger und richtiger erkannt, als früher. Wie oft hörte man ehedem von Todesfällen an Darmverschlingungen! Sie sind selten geworden zu gunsten der vom Appendix ausgehenden Perforationsperitonitis mit ihrem ileusartigen Verlauf. Und nicht wenige Fälle, welche früher als Darmkolik, Nieren- oder Gallenstein Leiden angesehen wurden, fallen jetzt dem Wurmfortsatz zur Last.

Wenn es nun aber dank der vielen und genauen Erforschungen der letzten Jahrzehnte dahin gekommen ist, in manchen dunklen Fällen das Krankheitsbild der Appendicitis richtig zu erkennen, so besteht daneben auch die Gefahr, diese Krankheit häufiger zu diagnosticiren, als sie in Wirklichkeit vorhanden ist.

Prof. *Küttner* hat zuerst einige Fälle beschrieben, die in der Tübinger chirurg. Klinik im Intervall zur Operation kamen, bei denen trotz der voraufgegangenen appendicitischen Symptome der Wurmfortsatz und seine Umgebung gänzlich unverändert vorgefunden wurden, und auch die mikroscopische Untersuchung vollkommen normale Verhältnisse des Appendix erkennen liess. Solche Fälle, bei denen die Operation vollkommen normale Verhältnisse sowohl des Wurmfortsatzes und seiner ganzen Umgebung, als auch der äusseren Bedeckungen und der Bauch- und Beckenhöhle aufdeckt, und bei denen keine sonst nachweisbare

anatomische Veränderung die Appendicitis vorgetäuscht hat, bezeichnet *Küttner* als Pseudoappendicitis. Er ist der Ansicht, dass derartige Fälle weit häufiger vorkommen, als sie bisher in der Litteratur beschrieben worden sind und glaubt auch sie als eine Ursache für die Häufung der Appendicitis-Fälle in den letzten Jahren hinstellen zu dürfen. Beweisend für die Richtigkeit der Küttnerschen Anschauung sind auch nachfolgende drei Fälle, die an der hiesigen chirurgischen Poliklinik in den letzten Jahren vom Herrn Prof. *Petersen* beobachtet wurden. Durch die Freundlichkeit des letzteren bin ich in der Lage, über diese Fälle berichten zu können.

I. Frau T. H. aus W., 30 Jahre alt, wurde am 11. März 1902 in das Anschar-Krankenhaus zu Kiel aufgenommen. Patientin, die früher immer gesund war, bekam am 10. Dezember 1902 abends heftige Schmerzen in der Blinddarmgegend. Dieselben traten dann in der Folgezeit häufiger auf, besonders nach Genuss fester Speisen. Die Anfälle kehrten bis anfang dieses Monats immer wieder. Mit dem Kote ging Eiter und Blut ab. Seitdem ist ein Anfall nicht wieder gekommen. Patientin fühlt sich wieder wohl. Dr. R. aus W. stellt die Diagnose auf Appendicitis. Patientin kommt zwecks Operation in das Anschar-Krankenhaus, um einer etwaigen Wiederkehr vorzubeugen.

Befund:

Gesund aussehende Frau von mittlerem Ernährungszustande, Herz und Lunge gesund. Urin ohne Eiweis und Zucker. Psychisches Verhalten normal. Das Abdomen zeigt auf Druck Schmerzhaftigkeit etwas rechts vom Promontorium in den letzten Lendenwirbeln. Die Bauchdecken waren sehr schlaff. Bei der Untersuchung per Rectum auch bimanuell nichts Pathologisches nachweisbar.

Operation 14. III. 02. in Aethernarkose. Hautschnitt in der Richtung der Fasern des Muskulus obliquus externus. Durchtrennung der Fascien, Muskeln und des Perotoneum. Es zeigt sich, dass das Colon transversum sehr tief liegt und eine ungewöhnliche Länge hat. Dieses wird zuerst aus der Öffnung herausgezogen. Das Caecum und der Processus vermiformis

werden gesucht und zeigen vollständig normale Verhältnisse; nirgends Verwachsungen und entzündliche Veränderungen. Die Abtastung der Bauch- und Beckenorgane lässt nirgends etwas Pathologishes erkennen. Keine Erscheinungen eines typhlitischen oder perityphlitischen Processes. Von einer Resection des Processus wird daher Abstand genommen. Aus der Bauchhöhle quoll geringe Menge seröser Flüssigkeit hervor.

Die Öffnung wird wieder verschslossen. Peritoneum mit Seide, Muskulatur und Fascien mit Catgut, die Haut mit Silkworm vernäht.

Normaler Verlauf der Wundheilung.

21. III. Entfernung der Nähte.

30. III. wird Patientin entlassen. Nach späteren Mitteilungen geht es ihr seit dem dauernd gut.

II. Frau F. aus K., 29 Jahre alt, wird am 19. Dezember 1902 in das Anschar-Krankenhaus aufgenommen. Seit 3 Tagen erkrankt an Kopfschmerzen, Erbrechen und Durchfall; starke Schmerzhaftigkeit des Leibes. Nach Angabe des Hausarztes hat sie einmal Blinddarmentzündung gehabt. Erbrechen und Durchfall haben sich seit 1 Tage gelegt. Patientin klagt nur noch über starke Schmerzhaftigkeit des Leibes ohne Lokalisation auf eine bestimmte Stelle.

Befund:

19. XII. 02. Gut genährte Frau. Keine Befunde an Lunge und Herz. Der Leib ist stark druckempfindlich ohne besondere Lokalisation. Die Bauchdecken sind stark gespannt; der Leib ist wenig aufgetrieben. Kein Erbrechen. Urin frei von Eiweis und Zucker. Kein Durchfall. Temperatur 38,7° Therapie: Opium, Eisblase, flüssige Diät.

22. XII. 02. Die Schmerzen lassen nach; sind noch am heftigsten in der Gegend des Perimetrium, Abdomen weich; kein Fieber mehr.

23. XII. 02. Wohlbefinden.

30. XII. 02. Patientin befindet sich sehr wohl und wird entlassen.

15. II. 03. Patientin wird wegen starker Schmerzen in der Blinddarmgegend wieder aufgenommen. Der behandelnde Arzt giebt an, deutlich ein Exsudat gefühlt zu haben.

Operation am 19. II. 04. in Aethernarkose.

Schrägschnitt über den Mac Burney'schen Punkt von aussen oben nach unten medianwärts ca. 12 cm. lang. Nach schichtenweiser Durchtrennung der Haut, des Panniculus adiposus, der Muskeln und Fascien, wird das Peritoneum zwischen zwei Hakenpincetten eröffnet. Der Processus vermiformis wurde bald gefunden, er war etwas nach ausen verlagert und zeigte nichts Anormales, weder am Appendix noch seiner Umgebung sowie der Bauch- und Beckenorgane. Zur Resektion der Appendix wurde derselbe unterhalb des Coecum umschnitten, die Serosa abgelöst und aus dieser eine Art von Manchette gebildet. Dann wurde der Appendix mit dem Thermocauter durchtrennt und durch seroseröse Nähte versenkt. Nachdem das Coecum wieder reponirt war, wurde die Peritoneal-Wunde durch Seidennähte, Fascien und Muskulatur durch etagenförmige Catgutnähte und die Haut durch Silkwormnähte verschlossen. Darüber wurde ein Heftpflaster-airolverband angelegt. Die Narkose verlief ohne Störung. Der Processus zeigt sich bei genauer Untersuchung vollkommen normal.

20. II. 02. Starke Schmerzen des Leibes. Morphiumijektion.

21. II. 02. Die Schmerzen lassen nach. Opium.

27. II. 02. Nach dauerndem Wohlbefinden während der letzten Tage wurden die Wundnähte entfernt. Die Wunde ist verheilt.

5. III. 03. Patientin klagt wieder über Schmerzen in der linken Seite des Abdomen.

7. III. 03. Entlassung.

Später sollen die Schmerzen nicht wiedergekehrt sein.

III. Frau K. aus P., 31 Jahre alt, hatte angeblich im Jahre 1893 Blinddarmentzündung und war 5 Wochen krank. 4 Monte später, im Februar 1894 trat ein neuer Anfall ein. Patientin war 3 Wochen krank. Sie wurde am 26. II. 1895 in das Anschar-Krankenhaus aufgenommen.

Seit dem zweiten Anfall war Patientin nie wieder recht gesund. Fast jede Woche bekam sie Fieberanfälle, die oft 2—3 Tage dauerten. Die Temperatur betrug bis 40°. Mitunter setzte das Fieber mit Schüttelfrost ein. Gewöhnlich hatte sie während der Anfälle Schmerzen in der Blinddarmgegend, Erbrechen und Stuhlverhaltung. Trotz Luftveränderung und geregelter Diät, änderte sich ihr Zustand nicht.

Befund:

1. IV. 95. Gesund aussehende Frau in gutem Ernährungszustande. Lungen und Herz normal. Herzaktion etwas beschleunigt. Kein Fieber. Druckempfindlichkeit in der Ileococcalgegend. Patientin wird von der medizin. Poliklinik, wo sie bisher wegen chron. Appendicitis behandelt wurde, zwecks Operation hergeschickt.

Operation 1. V. 95 in Aethernarkose. Hautschnitt parallel dem Ponpartschen Bande in der Mitte zwischen Spina a. s. u. dem Nabel. Durchtrennung der Muskeln und Fascien. Das Peritoneum wird eröffnet und der Processus vermiformis gesucht. Er findet sich vollkommen in normaler Lage, doch kann man wegen seiner etwas unregelmässigen Dicke und Consistenz im Zweifel sein, ob sich nicht doch ein entzündlicher Process abgespielt hat. Seine Umgebung zeigt nichts Abnormes. Kein Exsudat. Das Bauchfel ist glatt und spiegelnd. Die Palpation der Bauchhöhle und Genitalorgane ergiebt nirgends etwas Pathologisches.

Es wurde der Processus nach Ablösung des Mesenteriolum und Unterbindung der Arterie unterhalb des Coecum umschnitten, die Serosa abgelöst und aus ihr eine Manchette gebildet, dann der Appendix mit dem Thermocauter durchtrennt und durch sero-seröse Nähte versenkt. Die Bauchdecken werden sorgfältig durch fortlaufende Naht in 3 Etagen vernäht und ein Heftpflasterairolverband angelegt. Der Processus zeigte sich bei genauer Untersuchung vollkomen normal.

2. V. 95 Befinden gut.

Der Wundverlauf war normal. Am 5. V. 95 trat Harnverhaltung ein, die von der Patientin verschwiegen und vom Wartepersonal übersehen wurde. Nach Entlehrung der bis zum Nabel

stehenden Blase hörten die Beschwerden auf. An den folgenden drei Tagen musste catheterisirt werden. Im übrigen traten keine Störungen auf. Patientin konnte ohne Beschwerden entlassen werden.

Patientin wurde nach 6 Monaten abermals in der medz. Poliklinik wegen der alten Beschwerden behandelt; besserte sich jedoch sehr bald. Seitdem befindet sie sich sehr wohl und ist in der letzten Zeit sehr corpulent geworden.

Bei diesen Fällen, die wegen voraufgegangenen appendicitischen Erscheinungen zur Operation kamen, zeigten sich vollkommen normale Verhältnisse, sowohl des Appendix, als seiner Umgebung; auch waren keine pathologischen Veränderungen nachzuweisen, welche eine Appendicitis vorgetäuscht haben konnten, mithin waren es Fälle, die unter den Begriff „Pseudoappendicitis" zu rechnen sind. Es fragtsich nun, wie sind die Erscheinungen zu erklären, da der Appendix nicht verantwortlich gemacht werden kann?

Beim ersten Fall, Frau H. deuten die reichlichen Beimengungen von Blut und Eiter im Stuhl mit Sicherheit darauf hin, dass die Krankheit auf einer eitrigen Entzündung des Darmes beruhe. Wo der Sitz dieser Entzündung gewesen ist, ist nicht nachgewiesen; doch beweist das ziemlich unzersetzte Blut des Stuhles, zumal da auch die Rectal-Untersuchung nichts abnormes entdecken konnte, dass sie sich im Dickdarm abgespielt hat. Da bei der Operation gefunden wurde, dass das Colon transversum sehr lang und stark nach unten verlagert war, so ist anzunehmen, dass infolge einer zu starken Abknickung desselben an der Fellxura colica dextra ein mechanisches Hindernis für den Darminhalt gegeben war. Die Folge der Kotstauung, die vielleicht durch zufällige Ursachen noch gesteigert wurde, waren Verletzungen oder Drucknekrose der Darmschleimhaut; man kann sie als sterkorale Enteritis bezeichnen.

Die Schmerzen in der Blinddarmgegend, die den behandelnden Arzt zu der Diagnose führten, sind infolge der starken Dehnung des Coecum durch den sich anstauenden Kot entstanden. Kommt es doch nicht selten vor, dass durch einfache mechanische

Behinderung der Kotmassen im Dickdarm sehr starke Schmerzen in der Coecalgegend auftreten. Ein typisches Beispiel ist das vom Geheimrat *Heller* oft angeführte Vorkommen solcher Schmerzen bei Frauen, die durch ein zu eng angezogenes Corsett das Colon ascandens abgeschnürt haben, und dadurch plötzlich die heftigsten Schmerzen in der Blinddarmgegend bekommen, die bei der Untersuchung nach der Entfernung des Corsetts sofort verschwinden.

Es ist leicht zu erklären, dass bei jeder Darmstörung oder Unregelmässigkeit, die eine Stuhlverhaltung herbeiführte, diese schmerzhaften Anfälle wieder eintraten, und bei nur geringen Verletzungen und Schädigungen der Darmwand durch den festen Kot unter Einwirkung der stets im Darm vorhandenen zahlreichen Bakterien sehr leicht eine Entzündung der geschädigten Stellen zustande kommen konnte.

Bei Frau F. im zweiten Falle konnte man in Anbetracht dessen, dass die Patientin schon einmal Blinddarmentzündung gehabt haben wollte, den Verdacht einer Appendicitis hegen, da jedoch jegliche Spuren einer solchen bei der Operation fehlten, wird man die Erscheinungen, die Kopfschmerzen, Erbrechen, Durchfall und Schmerzhaftigkeit des Leibes als die Symptome einer acuten Gastro-Enteritis ansehen müssen, deren Heilung bei der angewandten Therapie in wenigen Tagen erfolgte.

Wie aber war es beim zweiten Anfalle, wo die Schmerzen an der Ileocoecalstelle lokalisirt waren und der Arzt deutlich ein Exsudat nachgewiesen haben will? Die Druckempfindlichkeit dieser Gegend, die in der Regel als ein sicheres Appendicitissymptom gilt, darf keineswegs in allen Fällen zur Appendicitidiagnose verwertet werden. Dies hat Prof. *Küttner* auf Grund der Angaben von Prof. *Anschütz* sehr trefflich klar gelegt. Er weist nach, dass durch eine Gasanhäufung im Darme besonders das Coecum stark gedehnt wird, er schreibt darüber folgendes: „Da das Coecum den weitesten Darmabschnitt darstellt (Luschka), so ist verständlich, dass er auch ohne vollkommenen tiefsitzenden Verschluss, bei praller Füllung des Dickdarmrohres mit Gasen, mehr gedehnt werden muss, als die übrigen Abschnitte dieses Darmteiles, namentlich wenn eine resistente Ileocoecalklappe vorliegt. In letzterem

Falle muss die physiologische Peristaltik des Dickdarmes die Dehnung des Coecum noch vermehren. Dass ein solches gedehntes Coecum sehr druckempfindlich ist, bedarf keiner Erklärung; bei neurasthenischen Personen genügt schon die mässige Aufblähung des atonischen Darmes, um erhebliche Beschwerden hervorzurufen."

Da in dem vorliegenden Falle andere Symptome, wie Durchfall, Erbrechen, fehlen, dürfte derselbe in der Annahme einer solchen Dehnung des Darmes durch angehäufte Gase, wie sie selbst bei geringeren Darmaffectionen häufig vorkommt, eine befriedigende Erklärung finden, zumal charakteristische Spuren für ein Exudat nicht mehr vorhanden waren, und das aufgeblähte Coecum leicht zu einer irrtümlichen Diagnose führen kann.

Das Krankheitsbild des dritten Falles ist allerdings seiner eigentlichen Ursache nach nicht klar erkannt. Doch lehrt dieser Fall, dass die in der Regel als typische Appendicitissymptome betrachteten Erscheinungen, Schmerzanfall, Übelkeit, Erbrechen, nicht immer entscheidend sind. Das mehrfache Auftreten solcher Attaken ist nach den Erfahrungen Küttners kein Beweis für das Bestehen einer Appendicitis, da sie oftmals nichts weiter als eine Darmkolik bedeuten, die bei disponirten Leuten schon nach einem schweren Diätfehler auftreten kann.

Es sei zum Schlusse noch erwähnt, dass der Appendix überhaupt nicht immer für eine Schmerzhaftigkeit am Mac Burneyschen Punkte verantwortlich gemacht werden kann. Untersuchungen des Londoner Anatomen *Arthur Keith*, der an 50 Leichen feststellte, dass nicht die Basis des Processus vermiformis, sondern die Ileocoecalklappe dem Mac Burneyschen Punkte entsprach, ergaben ferner, dass bei 24 Lebenden schon normaler Weise diese Stelle empfindlich war.

Ferner weist Prof. *Küttner* inbezug auf die Schmerzhaftigkeit darauf hin, dass bei tiefem Eindrücken der untersuchenden Hand, die unteren Intercostalnerven, vieleicht auch der Nervus Ileo-Hypogastricus betroffen werden, Nerven die wohl auch einmal der Sitz einer Neuralgie mit appendicitischen Schmerzen sein können.

Es ergiebt sich also, das manches Appendicitissymtom

auch andere Deutungen zulässt und man mit der Verwertung vorsichtig sein muss.

* * *

Für die gütige Überlassung dieser Arbeit, sowie für die liebenswürdige Unterstützung und Durchsicht derselben sage ich Herrn Prof. *Dr. Petersen* verbindlichsten Dank.

Literaturverzeichnis:

Prof. *Dr. Küttner*: Beiträge zur klinischen Chirurgie I. und II. Heft 1903.
v. Langenbecks Archiv Bd. 67 und 68.
British medical Journal 28 IV 1902.
Centralblatt für Physiologie Bd. XVI. 1902.
Revue méd. de la Suisse romande. Genève 1898 No. 6.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, *Josef Hubert Floer* wurde am 24. April 1879 als Sohn des Gutsbesitzers *Th. Floer* und dessen Frau *Anna* geb. *Werning*, zu Borghorst i. W. geboren. Die erste Schulbildung erhielt er im Elternhause, besuchte dann die Rektoratschule seines Heimatortes und darauf die Gymnasien zu Burgsteinfurt und Coesfeld. Das letztere verliess er Ostern 1899 mit dem Zeugnis der Reife, um sich dem Studium der Medicin zu widmen. Er besuchte die Universitäten München, Marburg und Kiel. Am 2. März 1901 bestand er die ärztliche Vorprüfung zu Marburg, die ärztliche Staatsprüfung am 23. Februar 1904 zu Kiel.